

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

POUR LE

N°
336

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M. Martial JOFFRION

Né le 20 décembre 1896 à Saint Martin de la Coudre (Charente-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DE LA ROUGEOLE ET DE LA RUBÉOLE

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRE-ÉDITEUR DES THÈSES DE MÉDECINE, SCIENCES, ETC

OLLIER-HENRY

26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arrt).

1924

۸۴۴

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M. Martial JOFFRION

Né le 20 décembre 1896 à Saint Martin de la Coudre (Charente-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DE LA ROUGEOLE ET DE LA RUBÉOLE

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRE-ÉDITEUR DES THÈSES DE MÉDECINE, SCIENCES, ETC.

OLLIER-HENRY

26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Art).

—
1924



LE DOYEN... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LÉTULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULE	Pathologie médicale.
BUSQUET.	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY.	} Pathologie médicale.
CLERC	
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	} Pathologie médicale.
FOIX.	
GARNIER	Pathologie expériment.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBE (Henri) . . .	Chimie biologique.
LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER.	Obstétrique.
MOCQUOT.	} Pathologie chirurgicale.
MONDOR.	
MOURE.	} Histologie.
MULON	
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIERE	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophtalmologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

RETTERER	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	{	OMBREDANNE .	Clinique chirurgicale in-
CHEVASSU			fantile.
LAIGNEL-LAVASTINE.		PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet .		RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LERI	{	TERRIEN	Clinique ophtalmologi-
LEPER			que.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
N...		Education physique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE
LE DOCTEUR EDM. JOFFRION
ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE
LE DOCTEUR EDG. JOFFRION

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE
MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. JOANNON
PRÉPARATEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
INTERNE DES HOPITAUX

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE POITIERS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Les signes de la rougeole et de la rubéole ont été longuement et minutieusement décrits par un grand nombre d'auteurs. Il n'empêche que dans la pratique ces deux maladies ne sont pas toujours distinguées : la rubéole étant assez souvent prise pour la rougeole. La plupart des diagnostics erronés de rougeole portés chez des malades envoyés dans un grand hôpital de contagieux comme l'hôpital Claude-Bernard, à Paris, ont trait à des cas de rubéole.

Or, un rubéoleux, mis en contact par erreur avec des rougeoleux, contracte, s'il ne l'a eue déjà, une rougeole qui risque d'être grave, s'il s'agit d'un enfant débile. On conçoit l'importance du diagnostic de la rubéole, une injection précoce de sérum de convalescent de rougeole permettant, dans un tel cas, d'éviter l'infection morbilleuse, ou d'en atténuer l'intensité.

D'autre part, si un rubéoleux est hospitalisé par erreur dans un service de rougeoleux, on pourra être tenté de prélever, au moment de la convalescence, un sérum qui restera inefficace quand on l'injectera plus tard, à un autre sujet qu'on voudrait préserver de la rougeole.

Il importait autrefois de différencier ces deux maladies,

surtout au moment de la phase éruptive, passée laquelle, la contagiosité cessant, l'importance de ce disagnostic disparaissait aussi.

Actuellement, même après la période d'éruption, dans les premiers jours de la convalescence, la question de savoir si on a affaire à une rougeole ou à une rubéole, est d'un réel intérêt pratique. Elle invite à grouper et à apprécier les symptômes observés lors de la phase aiguë, afin de déterminer si le sujet apyrétique en présence duquel on se trouve, est un convalescent de rougeole dont le sang riche d'anti-corps morbillieux pourra être prochainement recueilli, ou au contraire un convalescent de rubéole, peut-être en incubation de rougeole, si, encore réceptif vis-à-vis de cette maladie, il a été mis en contact par erreur avec des rougeoleux.

L'intérêt du diagnostic différentiel de ces deux fièvres éruptives semble donc renouvelé par la séroprophylaxie anti-morbillieuse. Nous nous proposons d'insister sur la valeur plus ou moins grande des différents signes de la rubéole que nous comparerons aux signes similaires de la rougeole. Ces signes se répartissent en trois catégories selon qu'ils sont recueillis par l'interrogatoire, par l'examen du malade au début de la phase éruptive et par l'observation de l'évolution suivie par la maladie. Nous envisagerons successivement ces trois sortes de symptômes cliniques. Quant aux signes hématologiques auxquels nous n'avons pas eu personnellement recours, nous n'en dirons que quelques mots à la fin de notre travail.

ARGUMENTS TIRES DE L'INTERROGATOIRE

Pratiquement le rubéoleux ne vient consulter qu'après apparition de l'exanthème et le diagnostic différentiel entre la rougeole et la rubéole ne se pose pas à la période prééruptive.

C'est donc l'interrogatoire qui dépiste les signes plus ou moins nets, et du reste inconstants, de cette période. L'enquête anamnétique portera sur :

Les symptômes et la durée de la phase d'invasion;

Les antécédents du malade;

L'âge;

La notion épidémique;

La durée du séjour de ce malade dans une grande ville.

A) SYMPTOMES ET DURÉE DE LA PÉRIODE D'INVASION.

Nous ne décrirons pas les signes classiques de la période d'invasion de la rougeole. On le sait, les symptômes annonciateurs de l'exanthème sont en général très nets : fièvre, malaise général, catarrhe oculo-naso-bronchique avec toux et parfois troubles de la voix, le tout précédant

l'éruption de quatre jours, en moyenne. Il est exceptionnel que la période prééruptive dépasse les trois à quatre jours habituels : dans un cas de Trousseau elle atteignit 8 jours. Inversement la phase d'invasion peut être courte. « Dans les cas bénins, elle peut être nulle ou passer inaperçue au point que l'exanthème, réserve faite du signe de Koplik, en sera la première manifestation ». (Tessier).

H. Leroux a signalé deux cas de rougeole sans prodromes. Mais de tels faits sont rares.

Dans la rubéole ces signes typiques ne se retrouvent pas : l'absence ou l'atténuation des phénomènes prémonitoires sont au contraire bien caractéristiques. Hormis les tout-petits, les malades répondent ici parfaitement aux questions, l'interrogatoire étant facilité par la bénignité même de la maladie.

a) souvent pas de prodromes. L'exanthème est le premier signe ; il en fut ainsi dans 13 cas sur 26, observés à l'hôpital Claude-Bernard dans le service de M. le professeur Teissier, du 15 janvier au 15 février 1924. Certains malades sont très affirmatifs sur la brusquerie de ce début : mères de famille, ouvriers, déclarent avoir vaqué à leurs occupations jusqu'au jour, où même jusqu'au moment de l'éruption. Cette activité, nullement diminuée, est un test contre lequel toute discussion serait oiseuse. Peut-être, le sujet présentait-il déjà quelques anomalies, notamment thermiques, mais elles

1. Ces observations ont été prises par M. Pierre Joannon, interne du service que nous remercions de l'aide qu'il nous a prêtée dans la rédaction de ce travail.

n'étaient nullement gênantes, et on peut dire que la phase d'invasion manque pratiquement chez ces individus qui ne se jugeaient point malades avant que de se voir exanthématiques.

b) parfois un léger malaise, un crochet thermique, quelques douleurs dans les membres ou dans le dos, un léger coryza avec céphalée, trahissent l'invasion de la maladie. Des 33 cas de rubéole que nous avons pu observer récemment, 7 présentaient selon leurs dires un très léger catarrhe oculaire, 2 une simple hyperémie conjonctivale, quatre se plaignaient d'un léger mal de gorge. Au bout de 24 heures, parfois de 2 ou 3 jours, au plus, l'éruption apparut.

c) dans certains cas, les signes prémonitoires au lieu de durer moins longtemps que dans la rougeole durèrent davantage, c'est-à-dire plus de quatre jours. Cette durée anormale peut atteindre huit, dix et même douze ou quinze jours. Dans cinq cas sur 26 récemment observés par nous, les malades affirmèrent avoir souffert de coryza léger avec état subfébrile, céphalée, douleurs vagues, pendant huit à quinze jours.

En résumé, la rubéole a pour elle ou l'absence de troubles prémonitoires ou une phase prééruptive qui a pour particularité d'être soit plus courte, soit plus longue que celle de la rougeole, mais toujours plus atténuée.

B) AGE DU SUJET.

La notion d'âge ne sera d'aucun secours pour le diagnostic différentiel de la rougeole et de la rubéole. Fréquentes toutes deux dans la seconde enfance, ces maladies ne sont pas rares chez l'adulte jeune. Pour Gref-fith, la rubéole ne surviendrait chez l'adulte, que dans 1 cas sur 150. Les 26 cas de rubéole observés du 15 janvier au 15 février à l'hôpital C'aude Bernard, comprenaient 22 sujets de 15 à 28 ans, et quatre enfants de 2 à 5 ans. Chez le nourrisson, rougeole et rubéole sont également rares. Cependant, on ne saurait affirmer que les éruption roséoliques frustes observées chez les nouveau-nés nourris par une nourrice atteinte de rubéole ou de rougeole, ne soient pas une rubéole ou une rougeole légère (Teissier).

C) ANTÉCÉDENTS.

Par l'interrogatoire on recherchera dans le passé du malade toute fièvre éruptive antérieure. L'affirmation par le malade d'une rougeole antérieure n'écarte pas l'hypothèse d'une rougeole actuelle soit que la rougeole singalée par le malade ait été une rubéole, soit que l'éruption actuelle soit une récive. L'antécédent d'une rubéole, formellement diagnostiquée par un médecin, aurait plus de valeur et pourrait rendre plus vraisemblable la nature morbilleuse de l'éruption actuelle.

Quoi qu'il en soit les renseignements donnés sur ce point, sont de peu de valeur.

L'enquête étiologique qui cherchera dans l'entourage du malade, dans la famille, à l'école, à la caserne, l'antécédent récent d'un ou de plusieurs cas de rougeole ou de rubéole n'est pas d'un grand secours. L'enchaînement des cas est généralement difficile à dépister, les épidémies de ces deux affections étant le plus souvent contemporaines et intriquées.

D) DURÉE DU SÉJOUR DANS UNE GRANDE VILLE

Il s'agit là d'un argument que nous ne voulons point passer sous silence, bien que son importance ne doive pas être exagérée. En pratique, à l'hôpital Claude-Bernard, le nombre de rougeoleux adultes habitant Paris depuis de longues années est très faible et semble infime si on le rapporte à la masse de la population. La plupart des rougeoleux adultes soignés dans cet hôpital sont des provinciaux venus, le plus souvent du milieu rural : apprentis, domestiques, etc., séjournant à Paris depuis quelques mois, au maximum quelques années. Cette constatation est analogue à celle qu'on peut faire dans les hôpitaux militaires où la majorité des rougeoleux comprend des sujets venus de la campagne ou de petites villes.

Ce phénomène semble pouvoir s'expliquer aisément. Dans une grande ville, en hiver ou au printemps, la dif-

fusion du virus morbillieux est telle que, par suite de l'extrême susceptibilité de l'homme vis-à-vis de la rougeole, un sujet réceptif ne doit pas attendre longtemps avant de rencontrer le germe de la maladie.

Au contraire, de petites communes peuvent rester long emps à l'abri de l'incursion de la rougeole, laissant grandir enfants et adolescents sans l'immunité que confère une première atteinte.

En résumé, la rougeole chez un adulte habitant Paris depuis de longues années apparaît *a priori* comme assez peu probable, bien que la possibilité d'une réc'dive ne doive pas faire écarter cette hypothèse.

On le voit, en présence d'un malade chez lequel, de prime abord, rougeole et rubéole sont hypothèses également plausibles, c'est avant tout grâce aux caractères de la phase prééruptive que l'enquête anamnétique permet d'aiguiller le diagnostic.

ARGUMENTS TIRES DE L'EXAMEN CLINIQUE

L'examen au début de la période éruptive, par exemple à l'arrivée du malade à l'hôpital, renseigne essentiellement sur l'aspect du malade, les caractères de l'énanthème et de l'exanthème, les adénopathies, le syndrome général.

1. — ASPECT DU MALADE.

Rubéoleux et rougeoleux se présentent d'une façon très différente dans les cas typiques : le facies pleurard, malpropre et bouffi du rougeoleux est classique. Tout autre est le rubéoleux qui n'a pas cet aspect malheureux et sale : dans la rubéole, la conjonctive est souvent rouge, hyperémiée, mais l'œil ne pleure pas ou à peine et il n'y a pas de photophobie. *Cette hyperémie conjonctivale doit être bien distinguée du calarrhe.*

Le coryza est léger ou nul ; enfin, caractère négatif de la plus grande valeur : le malade ne tousse pas ou à peine.

2. — SIGNES GÉNÉRAUX.

Dans la rougeole au moment même où l'éruption commence à apparaître, signes généraux et fièvre subissent une recrudescence. La température est très élevée aux abords de 40°, le pouls rapide, le catarrhe des muqueuses s'accuse, l'appétit est nul, la soif ardente, la diarrhée peut se produire. Le malaise général est souvent intense et donne au patient l'allure d'un grand malade.

Dans la rubéole, rien de tel. Le sujet ne ressent souvent aucun malaise. L'élévation thermique peut être insignifiante. Plus souvent *il y a de la fièvre, mais d'intensité moyenne* : 38°, 38°5, 39. Des températures de 40° pendant quelques heures ont été signalées mais paraissent exceptionnelles.

Et c'est sur ce symptôme qu'empiriquement les infirmiers des services de rougeole se basent volontiers pour reconnaître parmi les nouveaux venus, un malade atteint de rubéole.

Il est vrai de dire que l'opposition n'est pas toujours aussi marquée : et nombreux sont les cas de rougeole bénigne où l'atténuation du syndrome général et des phénomènes de catarrhe, font penser à la rubéole.

C'est l'examen très minutieux et systématique de la muqueuse jugo-labiale, qui apportera au diagnostic un des arguments les plus importants.

3^o EXANTHÈME ET SIGNE DE KOPLIK.

Le signe de Koplik consiste essentiellement dans la présence sur la muqueuse jugale de taches blanches minuscules intimement adhérentes. Ses principaux caractères méritent d'être rappelés, eu égard à l'intérêt qui s'attache à sa constatation.

La tache de Koplik comprend une aréole rose ou rouge centrée par un point blanc bleuâtre saillant. Il est classique de dire « blanc bleuâtre ». Or celui qui désire reconnaître le signe de Koplik ne s'attendra point à apercevoir des taches ardoisées. Il doit s'attendre à voir des *points blancs*. C'est le point blanc central qui constitue l'élément fondamental. L'aspect de la muqueuse environnante est de beaucoup moindre importance. Quand les taches rouges sont fusionnées, la muqueuse forme un fond uniformément rouge. Inversement, l'aréole rouge peut manquer sans que le Koplik perde de sa valeur.

Le point blanc bleuâtre central, arrondi, est de taille très petite, presque à la limite de la visibilité (Koplik). Son diamètre n'atteint jamais 2 à 6 millimètres comme on l'a écrit par erreur : il mesure le plus souvent, une fraction de millimètre, 2 à 6 dixièmes de millimètre, parfois un millimètre.

Chaque élément fait sur la muqueuse une légère saillie, constituant un véritable grain (Debré et Joannon).

Les grains de Koplik restent isolés.

Le nombre en est très variable, allant de 1 à 2 ou 3 éléments à plusieurs dizaines ou à des myriades.

Les éléments sont fixes, adhérents à la muqueuse, ils n'en sont détachés que difficilement par le frottement d'un abaisse-langue, et au prix d'un léger suintement sanguin.

Les grains de Koplik n'existent qu'à la face interne des joues, et aussi, mais moins souvent, à la face interne des lèvres. On ne les voit jamais sur les gencives, le plancher buccal, le voile du palais.

Contrairement à l'opinion de certains auteurs, ils persistent parfois 2, 3 jours après le début de l'exanthème.

La confusion ne saurait être commise avec :

1° le *muguet*, enduit formant des taches beaucoup plus épaisses, confluentes, amovibles, se retrouvant en d'autres points de la bouche.

2° l'*aspect grenu de certaines muqueuses*, dont les saillies sont moins blanches et se retrouvent sur le voile, la lnette.

3° il faut savoir qu'il existe chez nombre d'adultes des lésions durables de la face interne des joues, qui, contemporaines d'une éruption morbilliforme, sont parfois considérées, à tort, comme des grains de Koplik. Les caractères de ces taches en permettent aisément le diagnostic :

Elles sont jaunâtres, et non pas blanches ;

Ni l'œil, ni le doigt ne révèlent le moindre relief. Ce ne sont pas des grains, mais des macules.

Aucune aréole rougeâtre ne les cerne.

Leur étendue est généralement supérieure à celle des taches de Koplik : elles dépassent, le plus souvent, 1 millimètre et peuvent atteindre plusieurs millimètres de diamètre.

Elles sont inamovibles, car il s'agit d'une véritable pigmentation de la muqueuse.

Elles sont, enfin, durables et persistent, identiques à elles-mêmes, au-delà de la phase éruptive, n'ayant pas plus de raison de disparaître que n'en auraient les taches de rousseurs du visage, par exemple.

Il s'agit là dans nombre de cas, au moins, d'éléments de xanthome. Quand ces taches sont très étendues, le diagnostic de maladie de Fordyce peut être porté.

Dans ces cas très rares, où le diagnostic est difficile, c'est l'évolution qui tranche le débat, en montrant la persistance des taches après la défervescence, caractère décisif.

Ce qui précède montre que ce faux Koplik ne saurait induire en erreur que les observateurs inattentifs.

4° Il est impossible de confondre le signe de Koplik avec les lésionssiégeant ailleurs que sur la muqueuse jugolabiale. La stomatite ou plutôt gingivite, érythémato-pultacée décrite par Comby est caractérisée par la rougeur et le gonflement des muqueuses que recouvrent de place en place des débris opalins d'épithélium blanchâtre, facile à détacher.

Le signe de Koplik qu'il faut s'attacher à bien connaître

tre en se fondant sur les signes que nous venons d'énumérer existe-t-il ou non dans la rubéole?

Certains auteurs répondent par l'affirmative qui de ce fait ne tiennent pas le signe de Koplik comme absolument pathognomonique de la rougeole : MM. Apert et Aviragnet, Muller et Widowitz, Netter, Teissier, Weill et Pého, etc., ont noté sa présence dans quelques cas de rubéole. Pour M. Teissier, la constatation du Koplik au cours de cette maladie, ne serait plus douteuse, quoique restant exceptionnelle.

Ces faits sont extrêmement rares; on peut leur opposer l'observation particulièrement intéressante recueillie par M. Apert. Il s'agit d'un malade chez lequel le diagnostic de rubéole est le plus vraisemblable malgré un Koplik des plus nets. Au bout de quelques jours, tandis que pâlit l'éruption, le catarrhe oculo-naso-bronchique et la fièvre apparaissent. Quatre jours après son entrée à l'hôpital, le malade présente une seconde éruption, nettement morbilleuse, celle-là; le signe de Koplik bien que contemporain de la rubéole, ne dépendait donc pas d'elle. Il était prémonitoire de la rougeole survenue quatre jours plus tard.

En pratique le signe de Koplik est presque pathognomonique de la rougeole. Son absence n'y est notée que dans un petit nombre de cas. Sur 947 rougeoleux observés par Biehler, 3 seulement n'avaient pas de Koplik.

En résumé, la constatation d'un signe de Koplik rend presque certain le diagnostic de rougeole, sa non-constatation rend probable celui de rubéole. Son existence est

la règle dans la rougeole, et l'extrême exception dans la rubéole.

4. — EXANTHÈME.

A côté des importants caractères de l'énanthème, ceux de l'exanthème aideront à différencier la rubéole de la rougeole.

Dans la rubéole on décrit schématiquement (Dureau), trois types éruptifs :

Type scarlatiniforme;

Type morbilliforme;

Type mixte ou polymorphe.

Ces deux derniers, plus fréquents, nous arrêteront plus longtemps puisqu'ils peuvent surtout simuler la rougeole.

L'exanthème du type morbilleux est constitué par un ensemble de macules dont la grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Ces macules sont arrondies ou ovalaires. *Elles sont, en général, moins étendues que dans la rougeole.* Elles restent généralement isolées et ne se groupent pas en croissants, ni en corymbes.

La coloration de l'éruption reste plus discrète que dans la rougeole : elle est rose pâle ou rose franc. On l'a comparée, avec raison, à la fleur de pêcher. Elle n'a jamais ou presque jamais, la teinte purpurique observée parfois dans la rougeole, aux plis de flexion.

MM. Apert et Aviragnet ont décrit aux macules de la

région fessière, une collerette anémique distincte de la peau saine environnante, tandis que les éléments morbilleux ne présenteraient jamais une telle collerette. D'autres auteurs n'ont pas retrouvé ce symptôme.

Il est rare que l'éruption, dans la rubéole, reste purement morbilliforme. Dans la règle, elle comprend des éléments polymorphes dont les aspects variés frappent d'emblée l'attention, ou seront dépistés s'ils sont plus discrets, par un examen minutieux.

Le plus souvent, on observe des éléments maculeux nets à la face et à la partie supérieure du tronc. Au contraire, aux plis de flexion, au niveau des zones d'extension des membres et des régions normalement comprimées ou irritées, l'éruption prend l'aspect de larges placards à fond érythémateux parsemé d'un pointillé rouge foncé du type scarlatiniforme. Mais ici, on ne trouve ni le granité, ni la rudesse au toucher, du piqueté scarlatineux. Ce polymorphisme, ce mélange d'éléments de rougeole et de scarlatine est un des traits les plus caractéristiques de la rubéole. Dans le cours de la même épidémie, il est fréquent de voir se succéder les rubéoles sous la même forme éruptive morbilleuse ou scarlatineuse, ce qui a conduit certains auteurs à décrire ces deux aspects, comme des fièvres éruptives différentes. Et ainsi, on aurait, à côté des trois fièvres éruptives classiques, une quatrième maladie distincte de la rubéole. Mais, depuis la description de Dukes, on a observé que la forme scarlatineuse de la rubéole pouvait être engendrée par la forme morbilleuse, et qu'il existait des formes intermédiaires

mixtes. La filiation de ces divers aspects cliniques plaide en faveur de l'unité de la maladie.

Notons que l'exanthème de la rubéole est quelquefois prurigineux. C'est là malgré son extrême inconstance, un détail à retenir, ces démangeaisons étant exceptionnelles dans la rougeole.

Tels sont les caractères dermatologiques de l'exanthème rubéoleux. Quelles sont sa marche et sa distribution ? L'éruption dans la rubéole, débute volontiers par la face. Mais, tandis que dans la *rougeole*, l'exanthème apparaît d'abord au front, ou derrière les oreilles « où il « s'essaie par points isolés en plusieurs poussées successives dans le courant des quarante-huit heures qui « précèdent l'éruption » (Hallé) ; dans la *rubéole*, l'éruption apparaît d'emblée en pleine face : aux pommettes, sur le menton, puis l'éruption se généralise rapidement. En vingt-quatre heures, souvent moins, elle a envahi tout le corps : la rapidité même de l'expansion est un signe important. L'exanthème gagne en quelques heures la partie supérieure du thorax (parfois atteint en premier lieu), les bras, le dos, le siège, le pourtour du bassin où l'éruption, souvent plus intense, sera aussi plus persistante. Les membres inférieurs sont bientôt envahis.

5. — ADÉNOPATHIES.

L'examen du malade comprendra encore la recherche des adénopathies qui pourraient être, dans certains cas de rubéole, un élément de diagnostic différentiel précoce.

L'engorgement des ganglions lymphatiques a été remarqué, depuis longtemps, comme l'un des caractères les plus particuliers de cette maladie. Nous l'avons recherché systématiquement dans 33 cas de rubéole que nous avons pu observer récemment. Souvent inaperçue du malade, l'adénopathie signale dans de rares cas son existence par une pesanteur ou une gêne un peu douloureuse au niveau des ganglions du cou, et plusieurs malades s'en plaignirent spontanément.

Parmi les rubéoleux que nous avons spécialement examinés à cet égard :

10	présentaient	des ganglions	sous-occipitaux;
8	—	—	rétro-auriculaires;
13	—	—	carotidiens;
17	—	—	axillaires;
9	—	—	épitrochléens.
18	—	—	inguinaux.

Dans tous ces cas, il s'agissait de polyadénopathie. Les ganglions hypertrophiés étaient en général peu volumineux, parfois sensibles au toucher. L'adénopathie survit à l'éruption pendant une semaine environ. Jamais elle n'évolue vers la suppuration.

Dans la rougeole il est fréquent d'observer une légère augmentation de volume des ganglions. Sur 37 cas de rougeole récemment observés par nous, chez des sujets en apparence sains, nous avons noté :

7	cas de polyadénopathie	chez le nourrisson;
12	—	— l'adulte;
14	malades étaient indemnes de tout engorgement	ganglionnaire.

La valeur diagnostique de cet engorgement ganglionnaire mérite d'être discutée. Le fait même qu'on peut le rencontrer dans la rougeole, semble diminuer sa valeur diagnostique pour la rubéole. Mais, détail digne d'être souligné, nous n'avons jamais observé d'*adénopathie sus-épitrochléenne* dans la rougeole, alors que l'engorgement de ce ganglion était fréquent dans la rubéole. Il semble donc que, si la tuméfaction de l'ensemble du système ganglionnaire périphérique est un signe dont il est difficile d'apprécier la valeur diagnostique, la constatation d'une adénopathie sus-épitrochléenne plaide franchement en faveur de la rubéole.

Nous insisterons sur le soin que nécessite la recherche de ce ganglion. Beaucoup croient aller le dépister, qui ne vont explorer que l'épitrochlée, ou au-dessous d'elle, la cloison aponévrotique intermusculaire, ou en arrière d'elle, la gouttière du cubital. Or, le ganglion se trouve à la partie inférieure de la face interne du bras, au-dessus et un peu en avant de l'épitrochlée. Empaumant d'une main le coude demi-fléchi du malade, le pouce embrasse l'épicondyle, les quatre autres doigts, la face interne du coude. L'index, posé bien à plat, au-dessus et un peu en avant de l'épitrochlée cherche à percevoir le ganglion, par des mouvements de circumduction. L'adénopathie, si elle existe, sera aisément dépistée; le doigt en distinguera les deux pôles : supérieur et inférieur, et en appréciera le volume. Ainsi, on évitera l'erreur fréquente qui consiste à n'explorer que la gouttière rétro-épitrochléenne. Le ganglion est bien sus-épitrochléen. C'est là qu'il faut le rechercher.

Parmi les maladies exanthématiques, il n'en est guère que trois au cours desquelles on puisse observer cette adénopathie sus-épitrochléenne : la rubéole, la syphilis secondaire (il s'agit ici d'un signe bien classique), la maladie sérique. C'est au cours de la maladie sérique qu'on observe les adénopathies sus-épitrochléennes les plus typiques.

Il semble donc justifié de souligner la valeur séméiotique du ganglion sus-épitrochléen dans la rubéole et la nécessité de le rechercher en même temps que les ganglions sous-occipitaux, inguinaux beaucoup plus banaux. Il faut noter aussi la prédilection avec laquelle sont engorgés, dans la rubéole, les ganglions qui se trouvent derrière le sterno-cleido-mastoïdien, et dans la gaine de ce muscle (Hallé). Il y a là un fait, tout à fait particulier à la rubéole.

Il faut néanmoins souligner qu'en pratique hospitalière, il peut être difficile d'apprécier de façon exacte, dans la détermination des adénopathies, ce qui revient à la rubéole, ou aux conditions antérieures de santé. Avec M. le Professeur Teissier, il faut noter que, chez les rubéoleux, ou chez les rougeoleux adultes ou enfants :

- a) la tuméfaction ganglionnaire se manifeste de façon plus précise et plus durable chez tout sujet porteur d'adénopathies préexistantes.
- b) la tuméfaction est plus modérée quand les ganglions étaient de volume normal préalablement à la rubéole;

- c) chez les enfants, elle est plus persistante que chez l'adulte, toutes choses étant égales d'ailleurs.
- d) les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont en général plus volumineux que les ganglions axillaires ou inguinaux.
- e) les adénopathies de la rubéole sont plus habituelles, plus volumineuses que celles de la rougeole.

En résumé, il semble qu'on doive considérer que la polyadénopathie est la règle dans la rubéole, surtout chez les enfants dont le système lymphatique réagit plus activement. L'engorgement ganglionnaire qui s'observe également dans la rougeole y est moins généralisé, et n'atteint presque jamais le ganglion sus-épitrochléen, important à explorer dans la rubéole. Mais, pratiquement, retenons qu'il s'agit là de distinctions souvent très légères pour baser sur elles des éléments de différenciation clinique. Et il faut ajouter que l'absence d'adénopathies, surtout chez les adultes, ne permet pas d'éliminer le diagnostic de rubéole.

ARGUMENTS TIRES DE L'EVOLUTION DE LA MALADIE

Nous avons vu sur quels signes essentiels se base l'examen clinique, pour distinguer la rubéole de la rougeole. Nous avons vu l'intérêt d'un tel diagnostic à la phase éruptive, puisqu'il entraîne les sanctions prophylactiques les plus importantes.

Dans certains cas, le diagnostic reste hésitant : on ne sait si on est en présence d'une rougeole discrète ou d'une rubéole. C'est l'évolution de la maladie qui apportera l'argument définitif, permettant au clinicien de poser un diagnostic, en quelque sorte, *rétrospectif*.

Les modifications évolutives des signes généraux, de la fièvre, de l'exanthème seront suivies jour par jour.

1. — SIGNES GÉNÉRAUX.

Dans la rougeole on a vu s'inscrire sur la feuille de température l'ascension thermique constante et toujours élevée, qui annonce et accompagne le début de l'éruption.

Pendant les vingt-quatre premières heures, la fièvre se maintient aux environs de 39°-40° avec une rémission matinale de un demi à un degré. Elle persiste avec de légères oscillations tant que l'exanthème de la face n'a

pas atteint son complet développement : « Tant que l'éruption reste vive et fleurie, la fièvre conserve une « grande intensité » (Trousseau). Puis, assez brusquement, se produit une amélioration de l'état général en même temps que la fièvre tombe. Selon Trousseau, ce mode de défervescence rapide est si spécial à la rougeole que, si la température continue à se maintenir à un certain niveau malgré l'atténuation de l'éruption, il y a lieu de prévoir l'imminence de complications, surtout de complications respiratoires.

Dans la rubéole, la fièvre, nous l'avons dit, est moins intense et plus éphémère. Nous l'avons vue monter avec l'éruption ; nous la voyons tomber avec elle, au bout de 2 ou 3 jours, au plus. Souvent après une seule poussée thermique, on a une chute brusque et définitive. Dans les cas très bénins, l'apyrexie est possible, le simple clocher thermique fréquent. Dans les cas plus sérieux, la courbe thermique peut dépasser 38°5, décrivant la classique « courbe en palissade » de Apert et Aviragnet, surtout observée par ces auteurs, chez les enfants débiles. Il est exceptionnel que la fièvre soit plus intense rappelant celle de la rougeole d'intensité ordinaire.

Suivant Nymann, sur cent dix-neuf cas observés par cet auteur, on aurait pu noter :

58	fois l'apyrexie,				
39	—	une élévation thermique à 38°			
13	—	—	—	—	38°5
13	—	—	—	—	39°
6	—	—	—	—	39°5

Dans :

24 cas,	la fièvre dura	1 jour		
24 —	—	—	2 jours	
11 —	—	—	3 —	
1 —	—	—	4 —	

On le voit, le caractère modéré et éphémère de la fièvre distingue tout à fait la rubéole de la rougeole. Il n'y a pas de séries de rougeole dans une même épidémie, où la fièvre soit aussi légère et aussi éphémère.

2. — ENANTHÈME.

Nous avons déjà parlé du faux Koplik. S'il existe l'évolution permet de le reconnaître car il persiste avec tous ses caractères alors que l'éruption a totalement disparu.

3°. — EXANTHÈME.

Les modifications objectives et la durée de l'éruption diffèrent dans la rougeole et la rubéole.

Dans la rougeole l'éruption pâlit à la face, dès le deuxième jour tandis que les éléments récemment apparus sur les jambes y atteignent leur maximum de coloration. Chaque élément atteint son maximum en vingt-quatre heures, pour s'effacer progressivement en trois ou quatre jours.

Détail important : il reste sur la peau, et plus particulièrement sur certaines peaux, des taches d'abord ro-

sées, puis de teinte cuivrée, brunâtre, peau-de-chamois. Les téguments sont comme tigrés, sillonnés de traînées ou de marbrures brun sale pouvant persister plusieurs jours, un septenaire parfois.

La durée totale de l'exanthème est, en moyenne, de quatre, cinq et même six jours. Moins éphémère que l'éruption de la roséole saisonnière ou de la rubéole, celle de la rougeole l'est davantage que l'exanthème de la roséole spécifique ou de l'érythème toxique.

Dans la rubéole l'éruption disparaît presque aussi rapidement qu'elle est apparue. La durée moyenne de l'exanthème est de deux ou trois jours.

Ici, point de marbrures ni de traînées brun sale quand l'exanthème disparaît : la coloration passe du rose franc à la teinte ambrée. Il n'y a pas cette pigmentation résiduelle éphémère de la rougeole. Tout au plus, la peau garde-t-elle parfois pendant quelques jours, au niveau des lombes et des fesses, une coloration plus foncée, et au niveau de la face une teinte rose vif.

On pourra, chez le convalescent, rechercher la *desquamation* dans les premiers jours de la phase post-éruptive. Habituellement inappréciable dans la rubéole, elle passe souvent inaperçue dans la rougeole où l'on recherchera cependant ces très fines squames furfuracées qui donnent à la peau un aspect enfariné.

La desquamation constitue dans ces deux maladies, un symptôme des plus accessoires, auquel on ne saurait accorder aucune valeur utile.

40. — ABSENCE DE COMPLICATIONS OTIQUES ET
BRONCHO-PULMONAIRES

Au cours de l'évolution de la fièvre éruptive, l'apparition de complications sérieuses, et particulièrement broncho-pulmonaires ou otiques, plaide en faveur de la rougeole. On sait combien cette maladie est fertile en accidents de toutes sortes, tandis que la rubéole en est, pour ainsi dire, dépourvue. Sa bénignité est telle que les rares complications auxquelles elle donne lieu sont considérées comme des faits assez singuliers pour mériter d'être publiés.

Ainsi le malade entre en convalescence. Par l'examen approfondi de chaque jour, on aura évalué, apprécié, tous les symptômes. Et plus ou moins précocement, suivant que le cas était plus ou moins typique, on aura posé le diagnostic de rougeole ou de rubéole. Si, au début, le diagnostic a été hésitant, l'interrogatoire et l'examen donnant l'impression mais non la certitude qu'il s'agit par exemple de rubéole, l'évolution dissipe en quelques jours toute incertitude et les présomptions initiales font place au diagnostic formel de rubéole.

HEMATOLOGIE

Les modifications de la formule sanguine, au cours de la rougeole et de la rubéole, ont été étudiées par divers auteurs et les divergences d'opinions sont fréquentes, surtout en ce qui concerne la formule leucocytaire de la rubéole.

Nous nous bornerons à signaler les opinions des différents auteurs;

Pour Comte et Renaud, Plantenga, Gehrard et Schwaer, la formule leucocytaire serait à peu près identique dans la rubéole et dans la rougeole.

Lesieur et Jacquet opposent la leucocytose polynucléaire banale de la rougeole à la leucocytose mononucléaire de la rubéole, portant surtout sur les formes moyennes, avec, au début de la convalescence, une légère mastzellen-leucocytose :

Pour M. Lagriffoul, enfin, dans la rougeole comme dans la rubéole, mais surtout dans la rougeole, l'hyperleucocytose des phases d'incubation et d'invasion, serait suivie d'hypoleucocytose à la phase d'éruption.

Nous ne saurions porter sur ces données hématologiques aucune opinion personnelle. Nous n'avons pas mis à contribution cette méthode, l'étude clinique attentive nous ayant toujours paru suffisante pour établir le diagnostic, même dans les cas difficiles. Une hésitation eut-elle persisté il ne nous paraît pas qu'un examen hématologique nous eut permis de nous prononcer formellement. Au surplus, les praticiens obligés de distinguer rougeole et rubéole n'auraient que rarement le loisir de recourir à l'hématologie.

CONCLUSIONS

I. Le diagnostic différentiel entre la rougeole et la rubéole emprunte un intérêt nouveau à la pratique de la séro-prophylaxie anti-morbilleuse. Il est désormais important, non seulement à la phase éruptive pour savoir à quels risques de contagie le malade expose son entourage mais aussi à la phase post-éruptive pour déterminer si l'on prendra ou non du sang au convalescent.

Les arguments diagnostiques sont fournis : les uns par l'interrogatoire, les autres par l'examen clinique du malade au début de la phase éruptive, les derniers par l'évolution de la maladie.

II. L'interrogatoire précise surtout les caractères de la phase pré-éruptive.

La période d'invasion de la rubéole, tantôt fait défaut, cas le plus fréquent, tantôt présente une durée, soit inférieure, soit supérieure à celle de la rougeole. Lorsqu'elle existe ses signes sont toujours atténués.

L'âge, l'antécédent d'une rougeole et la notion d'épidémicité ont peu de valeur pour ou contre le diagnostic de rubéole : la rougeole est possible aux mêmes âges

que la rubéole; elle est capable de récidives; enfin les épidémies des deux maladies s'intriquent le plus souvent.

La durée du séjour dans une grande ville a, en pratique, un peu plus de valeur : la rougeole est rarissime chez les adultes habitant les grandes villes depuis de longues années.

III. L'examen clinique, au début de la phase éruptive est généralement suffisant pour asseoir le diagnostic de rubéole. Il se fonde sur les signes suivants ;

Etat général peu altéré;

Fièvre modérée, rarement au-dessus de 38°5.

Absence de catarrhe oculo-nasal, parfois seulement une légère hyperhémie conjonctivale; absence de toux et de signes de bronchite.

Absence de signe de Koplik, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels.

Il faut, à cet égard, se méfier de l'association d'une éruption morbilliforme et d'un faux signe de Koplik, constitué par des taches jaune-chamois sans relief, inamovibles, généralement plus étendues que les grains de Koplik. Cet état maculeux qui, quand il est très développé, constitue la maladie de Fordyce, facile à reconnaître, réalise, quand ses éléments sont menus, un faux Koplik qui, outre les particularités précédentes, offre le caractère d'être durable.

Exanthème souvent polymorphe, principalement morbilliforme, scarlatiniforme aux points de pression et aux membres inférieurs. Les plages morbilliformes ont des

éléments maculeux plus petits, plus pâles et présentant une moindre tendance à la confluence que ceux de la rougeole. En raison de ce dernier caractère, leur contour général est moins irrégulier, moins déchiqueté que dans la rougeole.

Polyadénopathie fréquente, intéressant notamment les ganglions sus-épitrochléens dont l'intumescence ne se rencontre avec cette incidence que dans deux autres états exanthématiques : la roséole syphilitique et la maladie sérique.

IV. L'évolution montre, dans les cas de rubéole :

La disparition rapide en deux jours, trois jours au plus, de la fièvre et de l'exanthème.

L'absence de pigmentation résiduelle telle que celle laissée par la rougeole ;

L'absence ordinaire de complications, notamment broncho-pulmonaires et otiques.

V. Les signes hématologiques sont pratiquement peu utilisés. La rubéole aurait pour elle le caractère mononucléaire de sa leucocytose, la rougeole offrant une leucocytose polynucléaire banale.

VI. Si le diagnostic de rubéole est porté, il faudra renoncer à prendre du sang au convalescent ainsi qu'on eut pu le faire, du 8^e au 10^e jour d'apyrexie, s'il se fut agi d'un convalescent de rougeole. Bien plus, si le rubéo-

leux, non encore atteint de rougeole a été admis par erreur dans un service de rougeole, il sera opportun de lui injecter du sérum de convalescent. On aura les plus grandes chances par une injection faite dans les cinq ou six premiers jours de son séjour, de lui éviter la maladie, ou, par une injection faite les 7^e 8^e ou 9^e jour, de l'atténuer.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Apert.** — Le signe de Koplik. *Le Monde Médical*, 1921.
- Apert et Aviragnet.** — Une épidémie de rubéole à l'hôpital St-Louis. *Société de Pédiatrie*, février 1906.
- Armand Delille.** — La Rougeole, in *Traité de Path. int.* par Ser-gent Ribadeau Dumas. Babonneix Tome XVI
- Aubert (P.).** — Sur une épidémie familiale de rubéole. *Lyon Médical*, 1908.
- Bing.** — *Thèse* Paris 1905.
- Brelet (M.).** — Diagnostic des Fièvres Eruptives. *G. H.* 1923 Nos 90 et 92.
- Comte (H.).** — La rougeole et la rubéole distinguées par leurs caractères épidémiologiques. *Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*. Paris 1907.
- Debré et Joannon.** — Le signe de Koplik. *Année Médicale pra-tique*, 1923.
- Dureau.** — *Thèse* Paris 1906.
- Hallé.** — La rubéole, in *Traité de Path. Int.* Sergent-Ribadeau Dumas-Babonneix. Tome XVI.
- Lagriffoul.** — La formule leucocytaire de la rougeole et de la ru-béole. *Arch. de Méd. exper. et d'Anat. Path.*, Paris 1906.
- Leroux.** — Deux cas de rougeole sans prodromes. *Journ. de Méd. de Paris* 1921.

Lesieur et Jacquet. — De quelques faits concernant la rubéole réaction sanguine et ganglionnaire. *Presse méd.*, Paris 119.:

Mery, Gastinel et Joannon. — La prophylaxie de la rougeole par le sérum de convalescents. — *Bull. méd.*, n. 12, 1923.

Nobecourt. — *Précis de Médecine infantile.*

Teissier. — in *Traité de Path. Int.* Roger Widal, Teissier.

Ramond (F.). — Les éruptions morbillieuses : rougeole et rubéole in *Arch. de Méd. et de Pharm Milit.*, Paris 1916-1918.

Weill (Edmond). — *Précis de Médecine infantile*, 1906.

BORDAUX. — IMP. J. BIÈRE 18-20, RUE DU PRUGNE

